

CONGEDO BIENNALE INDENNIZZATO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE

(art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 165/2001 e successive modificazioni)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO "VITTORIA COLONNA"
DI AREZZO**

Il/la sottoscritt_____ nat_ a _____ il
_____ C.F. _____ e residente a _____ via
_____,

In qualità di:

- ☐ **coniuge convivente della persona con handicap grave**,
oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente,
☐ **padre o madre naturale o adottivo/a, anche se non convivente con il figlio**,
oppure in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi,
☐ **figlio convivente**,
oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi
☐ **fratelli o sorelle conviventi**,
☐ **parente affine 3° grado:** _____ (indicare parentela),

C H I E D E

dal _____ al _____

di essere ammesso a fruire del **congedo biennale straordinario** spettante per la persona in condizione di handicap grave (accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D. Lgs. 165/2001) per assistere, **quale referente unico**, il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____ nata/o a
_____ il _____ e residente a
_____ via _____

A TAL FINE DICHIARA

- A) di essere convivente** (vedi dichiarazione allegata) con la persona in condizione di disabilità grave (la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre)
B) che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla **Asl di _____ in data _____ Rivedibile:** ☐ SI ☐ NO
C) che il portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno
D) che il portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa
E) che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della L. 104/92 - (Unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l'altro genitore ☐ fruirà ☐ non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni);
F) che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo biennale straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile).

La/il sottoscritta/o **si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni** delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, ecc...

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze **civili e penali** previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Luogo e data _____ Il/La Dipendente _____
(firma per esteso e leggibile)

ALLEGA:

- ☐ Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica se non è già in possesso di questa Amministrazione)
- ☐ Fotocopia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale (anche del familiare disabile)